

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2752175620200619151535

Processo 0814352-83.2020.8.23.0010 ☆ - (17 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 29 de julho de 2020 às 10:00:00

Intimações aguardando cumprimento: Ver Intimação Evento de 15/06/2020 - Prazo: 17/06/2020 à 23/06/2020 (5 dias): PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE Cumprir Prazo

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória					
Filtros Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à Descrição:					
13 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 13					
500 por pág.	1				
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
[-]	13	19/06/2020 15:15:35	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO		
		Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
			Procurador		
	13.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2726571CONTESTACAO01.pdf	Público
	13.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2726571CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
	13.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
		(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 16/06/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (09/06/2020) e ao evento de expedição seq. 7.			
		LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA			
		Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 16/06/2020 referente ao evento de expedição seq. 10.			
		EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE			
		Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis			
		AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA			
		(Agendada para: 29 de julho de 2020 às 10:00, em 2ª Vara Cível)			
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
		Para advogados/curador/defensor de RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO representado(a) por FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (09/06/2020)			
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
		Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (09/06/2020)			
		PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE			
		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL			
		RECEBIDOS OS AUTOS			
		REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR			
		Registro de Distribuição			
		DISTRIBUÍDO POR SORTEIO			
		2ª Vara Cível			
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL			



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08143528320208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO** representado por **FRANCINALDA RIBEIRO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/05/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA ILEGITIMIDADE “AD CAUSAM” DA PARTE NO PÓLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA

Conforme se percebe dos autos, o autor da presente demanda pleiteia verba indenizatória por Seguro DPVAT, pela cobertura de invalidez permanente, sendo o mesmo representado por **FRANCINALDA RIBEIRO DOS SANTOS** que diz ser sua mãe adotiva, contudo, **não há nos autos registro de que a mesma possui a guarda do menor.**

Verifica-se que a Sra. **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**, é a legítima genitora e consta nos documentos médicos o nome da mesma.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Ficha de Atendimento AMBULATORIAL		Unidade de Cód.: MARELAGUAS
		
DADOS DO PACIENTE		
Prontuário: 13221	Data Nascimento: 17/03/2006	Idade: 12 Anos / 9 Meses / 24 Dias
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO		
Sexo: MASCULINO		
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARE DE 01 A		
Bairro: ASA BRANCA		
CEP: 66312308	Cidade: BOA VISTA	Número: 240
Nacionalidade:	Telefone:	
Nome da Mãe: TEREZA DOS SANTOS FREITAS	CNS: 70309087233232	
DADOS DO RESPONSÁVEL		
Responsável:	Parentesco:	Fone:
Identidade:	CPF:	
Endereço:	Número: 0	
Complemento:	CEP:	
DADOS DO ATENDIMENTO		
Atendimento: 117672	Data: 11/12/2018	07:14:21
Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA		
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Tipo: CONSULTA DE RETORNO	
Peso:	Altura:	

Preencha, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.418/2006
produt. por jua.brprojek - Identificador: P.029 LQZQNH ETEWE T9F5A

PRONTUÁRIO	
	
94468	
Nome: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO	Sexo: MASCULINO
Mãe: TEREZA DOS SANTOS FREITAS	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
CPF: 431965-6	DATA DE NASCIMENTO: 18/06/2019
NOME: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO	
FILHO DE: FRANCISCO RIBEIRO DOS SANTOS	
TEREZA DOS SANTOS FREITAS	
BOA VISTA - RR	DATA DE NASCIMENTO: 17/03/2006
CERTO NASC 1982H PLS S-V LIV A-90	
21,07 BOA VISTA-RR	
027.546.282-83	PL

Ocorre que a lei estipula que as indenizações referentes a invalidez permanente serão pagas às próprias vítimas, conforme inteligência do art. 4º, §3º, Lei 6.194/74, pelo que não é permitido a terceiros pleitear em nome próprio, indenização por seguro DPVAT das vítimas acometidas por invalidez permanente.

Ademais, a exegese da regra geral insculpida no art. 6º, do Código Civil, impede a legitimação extraordinária ao caso em apreço, conforme indevida tentativa do autor, mormente pela ausência de permissibilidade legal.

Desta forma, ante a ausência legitimidade da parte representante para receber a indenização por invalidez permanente de acidente em que **não foi comprovada ter a guarda do menor**, requer seja **JULGADA EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO**, nos termos do artigo 485, VI do Código de Processo Civil/2015.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁷.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in Responsabilidade Civil, Forense, 5ª ed., página 42).

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁸.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁹.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação¹⁰

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁸“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS.** SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.** (TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

⁹“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹⁰**art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **DR. SIVIRINO PAULI**, inscrito na **OAB/RR 451-A**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 8 de junho de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08143528320208230010.

Rio de Janeiro, 8 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190417314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
RBEIRO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, MEMBROS SEM ALTERAÇÃO ANATÔMICA, SEM ALTERAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES E SEM COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA NOS DOIS ANTEBRAÇOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações: NÃO HÁ SEQUELA A SE INDENIZAR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190417314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
RBEIRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITA.
FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2,7(BAM) P.9-15(IMAGEM)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capito João Bazzari, 434 - Boa Vista - RR

OUTORGANTE:

NOME: Francidalla Ribeiro dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Autônoma RG: 273835 CPF: 83316365200
ENDEREÇO: Av. Nelson de Aguiar 290 Alto Branco,

VÍTIMA: Rick Richard Kelly Freitas Ribeiro
CPF: 027.546.952-83 DATA DO ACIDENTE: 16/10/2018
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista RR 27 de maio de 20 2019

Francidalla Ribeiro dos Santos
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230240/19

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

CPF: 811.163.652-00

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 16/10/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS : 811.163.652-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO : 811.163.652-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/07/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230240/19

Número do Sinistro: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

CPF: 811.163.652-00

CPF de: Representante

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS : 811.163.652-00

Autorização de pagamento

Tutela

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/08/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia: Povoando Quebrasantes"

**ક્રમશઃ: પુસ્તકોના ધ્યાન બદલાયે*

EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DA JUSTIÇA ITINERANTE DO
MUNICÍPIO DE RORAIMA.

09 AGO 2009

GENTE SEGUIRORA: 224.
 An. Capote-Sigüenza: 241. Sigüenza: 159



ACORDO GUARDA E RESPONSABILIDADE

Nome: **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**

Cargos do Identidade: 210167 SSP/RR

CTF N° 768.024.182-15

Enrichment: **Conservation**

အပေါင်း: ၁၀ လာ

Endereço: Rua 842, n.º 199 - Senador Hélio Campos - nesta Capital.

James Residential: (95)

Page Count: 95

Order: (95) 9156-0782

Figura 2: FRANCISALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Carteira de Identidade: 273815 SSP/RR

CFR 811.163.S52-0U

Hande (iv): Spiteira

Profissão: Micro empresário

Endereço: Av. NOSSA Senhora da Nazaré, nº 240 - Asa Branca - nesta Capital.

File Name: 95) 9147-4848

പേജ്: 19

Column: (S) 7136-0714

Os Requerentes, acima qualificados e abaixo assinados, vêm à presença de Vossa Excelência, pela Defensoria Pública do Estado de Roraima, propor o presente ACORDO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE do(a) menor RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO, pelos motivos fáticos e jurídicos a seguir aduzidos:

DOS FATOS

A Requerente 1 é genitora do menor em apreço, conforme faz prova a cópia da certidão de nascimento anexa. O genitor do menor faleceu no dia 10 de março de 2011, conforme faz prova a cópia da certidão de óbito em anexo.

DO ACORDO

Os requerentes acordam que o(a) menor **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**, fique sob a guarda e responsabilidade da requerente 2, (a paterne, podendo a genitora visitá-lo(a) livremente.

DOS ALIMENTOS

A deutora contribuirá espontaneamente para a manutenção de origem.

DO DIRETOS

Para amparar seu pleito, invocam os Requerentes o disposto no artigo 33, da Lei 8.039/90, **ECA**, in verbis:



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RORAIMA
"Assessoria, Patrimônio dos Indivíduos"

"Art. 33 - A guarda obriga a prestação de assistência material, moral e educacional à criança ou adolescente, conferindo a seu detentor o direito de opor-se a terceiros, inclusive aos pais".

DO PEDIDO.

EX POSITIS, requer que se cigne Vossa Excelência, em julgar procedente o presente **ACORDO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE** do(a) menor **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**, conforme estipulado acima.

Requerem os benefícios da justiça gratuita, por serem considerados juridicamente pobres, conforme o que testifica o art. 2º, parágrafo único e art. 4º da Lei 1.060/50.

Requerem a intimação do Órgão do Ministério Público para atuar em todos os termos do presente acordo.

Protestam e requerem provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos.

Atribuem à causa o valor de R\$ 545,00 (Quinhentos e quarenta e cinco reais), para efeitos fiscais.

Pedem Deferimento.

Boa Vista-RR, 06 de outubro de 2011.

Tereza dos Santos Freitas
TEREZA DOS SANTOS FREITAS

Francivalva Ribeiro dos Santos
FRANCIVALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Elson D'Ávila da Silva
Defensor Público
OAB/RR 172

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VARIÁVEL

09 AGO 2019

CENTE. SEGURADORA SAA
Av. Castelo Branco, 114 - Boa Vista - RR

09 AGO 2018

CENTRO DE REGISTRO DA SIA
Av. Carlos Augusto Soares, s/n - São João - RJ



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
VARA DA JUSTIÇA INFANTIL



TERMO DE RATIFICAÇÃO - GUARDA E RESPONSABILIDADE

Proc. 0018.11.014517-3

Aos 6 de outubro de 2018, nesta Vara da Justiça Infância, localizada no município de Boa Vista/RR, estando presente o(a) MM. Juiz de Direito, Dr. Erick Linhares, presente o(a) Promotor(a) de Justiça, compareceram o(a) Sr(a). **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**, o(a) Sr(a). **FRANCISCA VA RIBEIRO DOS SANTOS** os quais, acompanhados pela Defensoria Pública, de livre e espontânea vontade, ratificaram o acordo de guarda e responsabilidade, e pediram sua homologação (fl.02).

Dada a palavra u(a) Ilustre Representante do Ministério Público, manifestou-se no seguinte sentido: o pedido atende aos requisitos legais e preserva suficientemente os interesses da criança, razão pela qual opino pela homologação do acordo, na forma que foi apresentado.

Em seguida, pelo MM. Juiz de Direito, Dr. Erick Linhares, foi proferida a seguinte sentença:

Vistos, etc.

Em razão do exposto na inicial e, restando suficientemente preservado o interesse da criança, acolho o Parecer Ministerial, homologando o acordo a que chegaram as partes, declarando que doravante **Francisclva ribeiro dos Santos**, ficará com a guarda e responsabilidade do(a) menor: **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO** filho(a) de **Francisco Ribeiro dos Santos**(falecido) e **Tereza dos Santos Freitas** assumindo o ônus de bem educar, fornecendo-lhe, educação, saúde, segurança e alimentação indispensável ao seu bom desenvolvimento físico e intelectual. Com fundamento no art. 269 e incisos do Código de Processo Civil, julgo extinto o presente processo, com análise de mérito, determinando, em consequência o arquivamento dos autos. Sem custas, tendo em vista o disposto no § 1º, II, do art. 42-b do COJERR.

Erick Linhares
Juiz de Direito

Promotor(a) de Justiça: 2) Jordina M. Oliveira
Defensor(a) Público(a): [assinatura]

Requerente 1: Tereza dos Santos Freitas
Requerente 2: Francisclva Ribeiro dos Santos



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
VARA DA JUSTIÇA CRIMINAL

TERMO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE

CAÇÃO DA ARMA DE MENOR

PROCESSE: 0010.11.014515-3

Comprometido(a): FRANCINALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Aos seis dias do mês de outubro de dois mil e onze, no município de Boa Vista/RR, no Estado de Roraima, no Juízo da Vara de Família e Infância, onde se encontra o Excepcionalíssimo Senhor Erick Figueira, Juiz de Direito desta Comarca, compareceu o(a) Sr(a) FRANCISCA RIBEIRO DOS SANTOS, brasileira, solteira, menor empresária, RG 273645 SSP/RR e CPF 811.105.652/00, residente e domiciliada na Av. N.S. de Nazaré, 240 - Ass. Brasília, nesta Capital, a quem foi deferida a GUARDA E RESPONSABILIDADE do(a) menor RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO, nascido(a) no dia 17 de fevereiro de 2006 (CN 59824-7, S.S.V. IV, A-09 do 2o. Ofício de Boa Vista/RR) filho(a) de Francisco Ribeiro dos Santos (falecido) e Teresa dos Santos Freitas, com a obrigação de prestar assistência material, moral e educacional à criança ou adolescente, conferindo ao seu detentor o direito de opor-se a terceiros, inclusive a mãe. Ficou conferido, também, à criança ou adolescente a condição de dependente, para todos os fins e efeitos de direito, inclusive previdenciários. E, para constar, eu, Ana Luiza Rodrigues Martins, (secretária) e digitei e Walerion Azevedo Furtulino (Escritão Substituto), mandou lavrar o presente Termo que vai assinado pelo MM. Juiz.

FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

ထပ်ကွပ်ကမ်း

എന്നിവിടെ പ്രസ്തുതപ്രകാരം
 തുടർ നടപടികൾ


DANIEL BOONE

1585.TG.B.4.D.48T.50-B4

AUTENTICADO Com o sistema de documentos original disponível.

Per la testimonianza di un solo docto, l'inf.

For N442R3, 31 de julho de 2019.

© 1997 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

REF ID: A66089

ALMA DE RINHOEIRA - 03/04/2013

19 AGO 2019

© 2004 Blackwell Publishing Ltd

年 12 月 25 日 星期日



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
027.546.252-83

Nome
PICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO

Nascimento
17/02/2006

CODIGO DE CONTROLE
0001,6005,4A37,0988



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:37:47 do dia 24/07/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 03
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ÁREA DE REGISTROS - DEUAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

CENTRO SEGURADORA S/A
Av. Carlos de Almeida, 111 - 2º Andar - São Paulo - SP

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Tutela não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Rick Richard Kury F. Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Francidalva Ribeiro dos Santos

6 - CPF:

8M.163.652-00

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

Av. Nossa Sra. de Nazaré

9 - Número:

240

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Área Branca

12 - Cidade:

Bar Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

liderboanister.pendencia@hotmail.com

16 - Data de nascimento:

19/01/1972

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Francidalva Ribeiro dos Santos

18 - CPF do Representante Legal:

8M.163.652-00

19 - Profissão do Representante Legal:

Autônoma

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

143051

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia confissão de culpa ou avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bar Vista, RR 05 de junho 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Rick Richard Kury F. Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Francidalva Ribeiro dos Santos

6 - CPF:

8M.163.652-00

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

Av. Nossa Sra. de Nazaré

9 - Número:

240

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Área Branca

12 - Cidade:

Bar Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

liderboanister.pendencia@hotmail.com

16 - Data de nascimento:

19/01/1972

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Francidalva Ribeiro dos Santos

18 - CPF do Representante Legal:

8M.163.652-00

19 - Profissão do Representante Legal:

Autônoma

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

143051

AGÊNCIA:

06

CONTA:

06

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia confissão de culpa ou avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bar Vista, RR 05 de junho 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190/1417314 3 - CPF da vítima: 027.546.252-83 4 - Nome completo da vítima: Rick Richard Kury Freitas Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Rick Richard Kury Freitas Ribeiro 6 - CPF: 027.546.252-83
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Av. Nossa Sra. de Nazaré 9 - Número: 240 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Asa Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300.000
15 - E-mail: liderboavista.pendencia@igmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99417-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Franciadora Ribeiro dos Santos
18 - CPF do Representante Legal: 811.163.652-00 19 - Profissão do Representante Legal: Autônoma

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 143051 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, RR 24 de julho 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

533419

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015590/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/05/2019 10:24 Data/Hora Fim: 27/05/2019 10:42
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 27/05/2019
Delegado de Polícia: Glauber Carneiro Lorenzini

GERENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazarra, 484 - Boa Vista - RR

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 16/10/2018 21:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: nossa senhora de nazare

Bairro: Asa Branca

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Melo(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - São Geraldo do

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Maria dos Anjos Ramalho Ribeiro

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Avenida Nossa Senhora de Nazaré

Bairro: Asa Branca

Nº: 240

Nome Civil: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Nasc: 14/10/2011

Nome da Mãe: Tereza dos Santos Freitas

Nome do Pai: Francisco Ribeiro dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 027.546.252-83

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Avenida Nossa Senhora de Nazaré

Bairro: Asa Branca

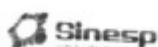
Nº: 240

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Glauber Carneiro Lorenzini
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 27/05/2019 10:47
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015590/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que o seu filho adotivo conduzia a sua bicicleta e quando foi atravessar a referida avenida um veículo desconhecido o atropelou. Tal atropelamento causou algumas lesões corporais em seu filho, pois fraturou os dois braços. Após o acidente o condutor do automóvel fugiu do local sem prestar socorro. A vítima foi socorrida pelos vizinhos e foi levado por sua mãe para o Hospital Santo Antonio. A PM não compareceu no local do acidente. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

DAT

Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

MAT: 42000 787

Francivaldo Ribeiro dos Santos
Francivaldo Ribeiro dos Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o comunicante das informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 382.596.302-06 4 - Nome completo da vítima: Laide Galvão Justino

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SOSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Laide Galvão Justino 6 - CPF: 382.596.302-06
7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: Av. Rio Branco 9 - Número: 298 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: PRD. ADACEL SULTO MAIOR 12 - Cidade: Bom Vista 13 - Estado: PR 14 - CEP: 69.315-012
15 - Telefone: (95) 98109-3349

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, por todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO A INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (TUTOR/CURADOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as faixas abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Tudo os bancos)
Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito de controle) (Informe o dígito de controle) (Informe o dígito de controle) (Informe o dígito de controle)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização de acordo com o Seguro DPVAT e que eu li e entendi, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação ao crédito, quitação total do valor devido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer dúvida ou controvérsia quanto ao fato de que a vítima não possui condições para o trabalho, sendo assim, não há necessidade de laudo médico para fins de indenização por invalidez permanente.

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Ficou motivado a assinatura, sob o compromisso de análise da perícia do pedido da indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, para fins de indenização por invalidez permanente, de acordo com a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência de incapacidade permanente para o trabalho, conforme o art. 5, III, do art. 10, § 1º, da Lei nº 7.102/66, declarando que esta autorização não significa prévia e automática indenização.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteira ☐ Casada (com CPF) ☐ Divorciada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou residência? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas pessoas físicas que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

34 - Nome legítimo de quem assina a requisição: _____

35 - CPF legítimo de quem assina a requisição: _____

36 - Assinatura de quem assina a requisição: _____

37 - Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

38 - Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bom Vista - PR 27/06/19

Laide Galvão Justino

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Provedor (se houver):

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Local e data (mês/ano) de emissão:

☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

1 - Número do pedido: **34901447314** 2 - CPF do segurado: **027.546.252.83** 3 - Nome completo da vítima: **Pick Richard Kley Freitas Ribeiro**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RUA DE RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (ÚLTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012

5 - Nome completo: **Pick Richard Kley Freitas Ribeiro** 6 - CPF: **027.546.252.83**
7 - Ocupação: **Estudante** 8 - Endereço: **Av. Nossa Sra. de Nazaré** 9 - Número: **240** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Oura Memória** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RJ** 14 - Renda anual: **R\$ 69.300,00**
15 - Data de emissão: **19/07/2019** 16 - Número do pedido: **34901447314**

17 - Nome completo do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
18 - CPF do representante legal: **811.163.652-00** 19 - Profissão do representante legal: **Autônoma**
Declaro, para todos os fins de direito, ser o/la titular do endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA ANUAL DO TITULAR DO SEGURO:
☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00
☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:
☐ BENEFICIÁRIO DA PREVIDÊNCIA ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA PREVIDÊNCIA ☐ OUTRO BENEFICIÁRIO
☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para o Lado do Seguro DPVAT - Aplicação de longo prazo)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0653** CONTA: **143051** 6
Nome do BANCO: _____

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido(a) de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) - os exames médicos que tiverem sido realizados em decorrência do Seguro DPVAT em decorrência da lesão sofrida (assinado pelo segurado ou representante legal):
☐ Não há IML que atenda a exigência do acidente ou da minha residência ou
☐ O IML que atenda a exigência do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
☒ O IML que atende a exigência do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido(a) de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) - os exames médicos que tiverem sido realizados em decorrência do Seguro DPVAT em decorrência da lesão sofrida (assinado pelo segurado ou representante legal):
☐ Não há IML que atenda a exigência do acidente ou da minha residência ou
☐ O IML que atenda a exigência do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
☒ O IML que atende a exigência do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
23 - Estado do segurado: ☒ Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Outro
24 - Estado do segurado: ☒ Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Outro
25 - Nome do segurado: **Pick Richard Kley Freitas Ribeiro** 26 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
27 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
28 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
29 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
30 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
31 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
32 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
33 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
34 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
35 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
36 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
37 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
38 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
39 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
40 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
41 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
42 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
43 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
44 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
45 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
46 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
47 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
48 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
49 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
50 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
51 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
52 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
53 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
54 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
55 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
56 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
57 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
58 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
59 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
60 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
61 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
62 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
63 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
64 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
65 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
66 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
67 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
68 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
69 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
70 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
71 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
72 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
73 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
74 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
75 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
76 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
77 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
78 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
79 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
80 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
81 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
82 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
83 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
84 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
85 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
86 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
87 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
88 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
89 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
90 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
91 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
92 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
93 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
94 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
95 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
96 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
97 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
98 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
99 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
100 - Nome do representante legal: **Francisvalva Ribeiro dos Santos**

40 - Local e Data: **Boa Vista RJ, 24 de Julho 2019**
41 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
42 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
43 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
44 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
45 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
46 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
47 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
48 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
49 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
50 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
51 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
52 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
53 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
54 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
55 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
56 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
57 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
58 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
59 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
60 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
61 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
62 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
63 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
64 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
65 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
66 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
67 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
68 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
69 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
70 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
71 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
72 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
73 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
74 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
75 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
76 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
77 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
78 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
79 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
80 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
81 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
82 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
83 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
84 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
85 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
86 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
87 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
88 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
89 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
90 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
91 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
92 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
93 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
94 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
95 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
96 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
97 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
98 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
99 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**
100 - Assinatura do representante legal (se houver): **Francisvalva Ribeiro dos Santos**



Senha: UE0313

ATO DECLARATORIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 7 Meses / 29 Dias
Nome do Paciente: **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**
Sexo: MASCULINO
Endereço: AV NOSSA SENHORA DE NAZARE Naturalidade:
Bairro: ASA BRANCA Número: 240
CEP: 69309000 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone:
Nome da Mãe: TERESA CNS: 703608087233232

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS Parentesco: TIO (A) Fone:
Identidade: CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 98835 Data Atendimento: 16/10/2018 21:45:21 Data Classificação: 16/10/2018 21:45
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Observação:

Peso: 44.3 KG Temp.: 36 Usuário triagem: AILTON DOS REIS MORAES

Handwritten notes and stamps:
HOSPITAL SANTO ANTONIO
ACORDAMENTO DE CONSULTAS
MARCELO
23.10.18
7:30

ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

*Beau do Coração e filho (1) Ra. arduamente
Futuro em Pedro e Ula D., Resto do bço. E.
Após acidente (colapso do coração) foi arduamente
O dor no peito:
Um caso exatidão em tempo e qualidade
Expos: autotest.*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

EXAMES SOLICITADOS:

Usa Artropodista (Profuno)

GENTE SEGURADORA S/A

CONDIÇÃO:

*A Selo do Quotidiano (Lado do sono e ulouso
Suspensão de posto
ou João.)*

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RJ



CNPJ: 06.939.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.095.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 25.305-010



Matricula: 206067

Maio/2019

Dados do Cliente:
FRANCISVALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Endereço para entrega:
AV NOSSA SENHORA DE NAZARE, 240 - ASA BR
ANCA-BOM VISTA RR-55300-000

Inscrição: 001.012.099.0081.000-9
Rota: 5274
Seq.Rota: 5274
Quantidade de Economias: 1
Situação Água: RESIDENCIAL
Situação Esgoto: CORTADO

Data de instalação: 19/06/2012

LEITURA FAT. 1467
LEITURA INF. 1477
DT. LEITURA 16/04/2019 20/05/2019

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
1467	1477	10	34

ULTIMOS CONSUMOS

201904	10-14
201903	10-14
201902	0-32
201901	0-0
201812	0-0
201811	0-0
MEDIA	3

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 Q.M.

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIDAS	198	198	198	198	198
ANALISADAS	204	204	204	204	204
CONFORMES	204	204	204	204	204

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019		0,47

VENCIMENTO: 15/06/2019
TOTAL A PAGAR: 24,30

AVISO: EM 30/04/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
206067	05/2019	15/06/2019	24,30



Via do Cliente

Via da CAER

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzari, 404 - Boa Vista - RJ



CNPJ: 05.839.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.595.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 25.305-010



Matrícula: 206067

Maio/2019

Dados do Cliente:
FRANCINALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Endereço para entrega:
AV NOSSA SENHORA DE NAZARE, 240 - ASA BR
ANCA-BOM VISTA RR-55300-000

Inscrição: 001.012.099.0081.000
Rota: 9
Seq.Rota: 5274
Quantidade de Economias: RESIDENCIAL

Hidrometro: Y118007026
Data de instalação: 19/06/2012
Situação Água: CORTADO
Situação Esgoto: POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 1467	1477	10	34
LEITURA INF.			

DT. LEITURA 16/04/2019 20/05/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201904	10-14
201903	10-14
201902	0-32
201901	0-0
201812	0-0
201811	0-0
MEDIA	3

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 Q.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIDAS	198	198	198	198	198
ANALISADAS	204	204	204	204	204
CONFORMES	204	204	204	204	204

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019		0,47

VENCIMENTO: 15/06/2019 **TOTAL A PAGAR 24,30**

AVISO: EM 30/04/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
206067	05/2019	15/06/2019	24,30



Via do Cliente

Via da CAER

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003121638

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Boa Vista - RR

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE
CPF: 00024172596215
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.02.027408

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	705	579,07

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	41300		Atual: 24/06/2019
Anterior:	40595		Anterior: 27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 24/07/2019
Consumo Medido:	705		Emissão: 19/06/2019
Consumo Faturado:	705	FCAM	Apresentação: 24/06/2019
NORMAL			28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EDB04342 N	1525102	1.1.1.2	916

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAR/19 881	CONSUMO 705 A R\$ 0,773664 = 545,43
ABR/19 1051	ILUMINACAO PUBLICA 33,64
MAR/19 903	
FEV/19 1039	
JAN/19 816	
DEZ/18 893	
NOV/18 1035	
OUT/18 1086	
SET/18 823	
AGO/18 955	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 705 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 05/2019 729,98

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/07/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavizadas(s) no valor de R\$ 885,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.3F30.E303.A9CD.F457

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	138,49	Base de Cálculo:	545,43
Energia:	293,68	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	92,72
Encargos:	15,25	Valor do PIS:	0,93
Tributos:	98,01	Valor do COFINS:	4,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
0,00			0,00			0,00	
FLORESTA				04/2019		344,83	

ROT: 5.001.12.02.027408

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003121638

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	705	579,07

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE

CPF: 00024172596215

CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.02.027408

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	41300			Atual:	24/06/2019
Anterior:	40595			Anterior:	27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	24/07/2019
Consumo Medido:	705			Emissão:	19/06/2019
Consumo Faturado:	705		FCAM	Apresentação:	24/06/2019
NORMAL					28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EDB04342 N	1525102	1.1.1.2	916

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAR/19 881	CONSUMO 705 A R\$ 0,773664 = 545,43
ABR/19 1051	ILUMINACAO PUBLICA 33,64
MAR/19 903	
FEV/19 1039	
JAN/19 816	
DEZ/18 893	
NOV/18 1035	
OUT/18 1086	
SET/18 823	
AGO/18 955	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 705 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/07/2013, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 885,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
05/2019	729,98	

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.3F30.E303.A9CD.F457

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	138,49	Base de Cálculo:	545,43
Energia:	293,68	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	92,72
Encargos:	15,25	Valor do PIS:	0,93
Tributos:	98,01	Valor do COFINS:	4,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
9,24	18,49	36,99	8,46	16,52	33,84	4,99	
0,00			0,00		0,00		
FLORESTA				04/2019 344,83			

ROT: 5.001.12.02.027408

SEU CÓDIGO

0102074-9

TOTAL A PAGAR - R\$

579,07

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Boa Vista - RR

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Denilze Correia Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francivalva Ribeiro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 811.163.652 00,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rick Duard Kervy F. Ribeiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. General Ataíde Teive</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencias@chefmail.com</u>	CEP: <u>69.309-000</u>	Tel (DDD): <u>(95)99117-5392</u>

Local e Data:

Boa Vista em 13 de junho 2019

Denilze Correia Dantas

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Denilze Correia Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francivalva Ribeiro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 811.163.652, 00,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima *Rick Ricardo Kevy F. Ribeiro*

inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.546.252, 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <i>Av. General Ataíde Teive</i>	Número: <i>2748</i>	Complemento: <i>02</i>
Bairro: <i>Liberdade</i>	Cidade: <i>Itaúna</i>	Estado: <i>RR</i>
E-mail: <i>liderboavista.pendencias@hpfmail.com</i>	CEP: <i>69.309.000</i>	Tel. (DDD): <i>(95) 99117.5392</i>

Local e Data:

Itaúna - RR 13 de junho 2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

Denilze Correia Dantas

Assinatura do Declarante

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francivalva Ribeiro dos Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 811.163.652 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rick Richard Kevy F. Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 027-546.252 / 83

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rick Richard Kevy F. Ribeiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.546.252 / 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Av. Nossa Mãe de Nazaré

Número: 240

Complemento: Casa

Bairro: Boa Branca Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69.300.000

E-mail: lidiribeiravista.pendencia@hotmail.com

Tel. (DDD): (95) 99117-5392

Local e Data: Boa Vista - RR 04 de junho 2019

Francivalva Ribeiro dos Santos

Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santo Antônio



PRONTUÁRIO

94468

ÁREA DE REGISTRO - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JUL 2019
USUÁRIO: REGISTRO/BOA VISTA
14/07/2019 14:00:00

Data de Cadastro: 08/07/2019

Cartão SUS:

705608087233232

Data Nascimento:

17/02/2008

Sexo:

MASCULINO

Nome:

RICK RICHAD KEY FREITAS RIBEIRO

Mãe:

TEREZA DOS SANTOS FREITAS



Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 7 Meses / 29 Dias
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO
Sexo: MASCULINO
Endereço: AV. NOSSA SENHORA DE NAZARE Naturalidade:
Bairro: ASA BRANCA Número: 240
CEP: 69809000 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone:
Nome da Mãe: TEREÇA CNB: 703608087233232

Responsável: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS Parentesco: TIO (A) Fone:
Identidade: CPF:

Atendimento: 98835 Data Atendimento: 16/10/2018 21:45:21 Data Classificação: 16/10/2018 21:45
Origem: RECEPCAO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE II URGENCIA E EMERGENCIA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Observação:

Peso: 44.3 KG Temp.: 36 Usuário triagem: AILTON DOS REIS MORAES

MAIO 2018
13 10 18
7.30

Dois do Gesso e Selo (1) RA. encaminhado
Fotografado em Radios e Ultra D. e Radios de braço E.
para acidentado (atropelado e/ou carro) encaminhado
Onde no hospital:
Lido com exames de sangue e urina
Exames: instaurados.

ÁREA DE SINISTROS - DENT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Uso Autoprotetor (Proteção)

GENE SEGURADORA S/A
Rua Santa Helena, 44 - Boa Vista - PA

1) Selo do Gesso (Lado) (1) Gesso e Selo em
Suficiente para de posto
no joelho)

Assinatura do Médico
16/10/2018

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável



SECRETARIA

MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

GUIA DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL

SUS

SAMETRIAGEM

Prontuário nº:

Peso:

Livro do Registro nº:

Idade:

Hora Chegada:

Estatura:

P.C.:

Data: 23 /OUTUBRO/2018.

Hora de Atendimento:

Especialidade: *etp. M. P. P. P.*

Indígena: Sim () Não ()

Nome da Criança: *PICK REUY FREITAS RIBEIRO*Data de Nascimento: *23/10/2018*

Sexo Masc. () Fem. ()

Endereço: *Nº 100*

Bairro

Pai:

Mãe:

Fone:

Cel:

Cartão SUS:

Queixa Principal:

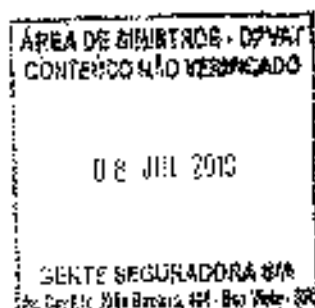
H.D.A.:

Exame Físico:

Impressão Diagnóstico:

Exames Solicitados:

Conduta:



Prontuário: 10721 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 3 Meses / 13 Dias
Nome do Paciente: RICK KEVY FREITAS RIBEIRO
Sexo: MASCULINO
Endereço: R. DE 1440/1441 A 3998/3999 GENERAL ATAÍDE TL Naturalidade: Número: 0
Bairro: LIBERDAD- Cidade: BOA VISTA
CEP: 69308000 Telefone:
Nacionalidade: CNS: 703608087233232
Nome da Mãe: FRANCISALVA RIBEIRO SANTOS

Responsável: Parentesco: Fone:
Identidade: CPF:
Endereço: Número: 0
Complemento: CEP: 15V

Atendimento: 46079 Data: 30/05/2018 15:18:24
Nome do Médico: HAROLDO WILSON MOREIRA DA SILVA
Especialidade: NEUROLOGIA Tipo: PRIMEIRA CONSULTA
Assa: 10/10 Assura:

- DESMOTO JA ESCOLA - 3 MESES
- CEFOTRAX TRATAMENTO
- HEM - C E
- Pusula
NÃO TVE COME
TH COMUSOW
EXAME FÍSICO (2)

CR. 100

ÁREA DE MINISTROS DE SA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JUN 2019

GENE SEGURADORA S/A
R. Doutor João Batista, 114 - Boa Vista - Rio



117872

Prontuário: 10221

Data Nascimento: 17/02/2008

Idade: 12 Anos / 9 Meses / 24 Dias

Nome do Paciente: **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**Sexo: **MASCULINO**Endereço: **AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARÉ DE 01 A** Naturalidade: **BOA VISTA**Bairro: **ASA BRANCA**CEP: **69312305**Número: **240**

Nacionalidade:

Cidade: **BOA VISTA**

Telefone:

Nome da Mãe: **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**CNS: **7030061087233232**

Responsável:

Parentesco:

Fone:

Identidade:

CPF:

Endereço:

Número: **0**

Complemento:

CEP:

Atendimento: **117872**Data: **11/12/2018 07:14:21**Nome do Médico: **MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA**Especialidade: **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**Tipo: **CONSULTA DE RETORNO**

Peso:

Altura:

sem dor
com dor leve

Dr. Marcelo Henrique de Sa Arruda
R. de Sa Arruda 117872

Dr. Marcelo Henrique de Sa Arruda
Ortopedista e Traumatologista

ÁREA DE SINISTROS - CPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JUL 2019

GENE SEGURO S/A

Av. Carlos João Batista, 451 - Boa Vista - RJ



**HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO**

**RELATÓRIO CENTRO
CIRURGICO**



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: ____/____/____ O.S. ____

Diagnóstico Pré-Operatório

Indicação Terapêutica

Tipo de intervenção

Medicações e Acidentes

Cirurgião

1º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesistas

Anestesia

Início

Fim

Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÊINER NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENY SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 402 - Boa Vista - PE

Data

Assinatura



Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 8 Meses / 13 Dias
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO
Sexo: MASCULINO
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARE DE 01 A Naturalidade:
Bairro: ASA BRANCA Número: 240
CEP: 69312305 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: Telefone:
Nome da Mãe: TEREZA DOS SANTOS FREITAS CNS: 703608087233232

Responsável: Parentesco: Fone:
Identidade: CPF:
Endereço: Número: 0
Complemento: CEP:

Atendimento: 103376 Data: 30/10/2018 07:14:28
Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Tipo: CONSULTA DE RETORNO
Peso: Altura:

sem dor, com uso analgésico
31/10/2018.

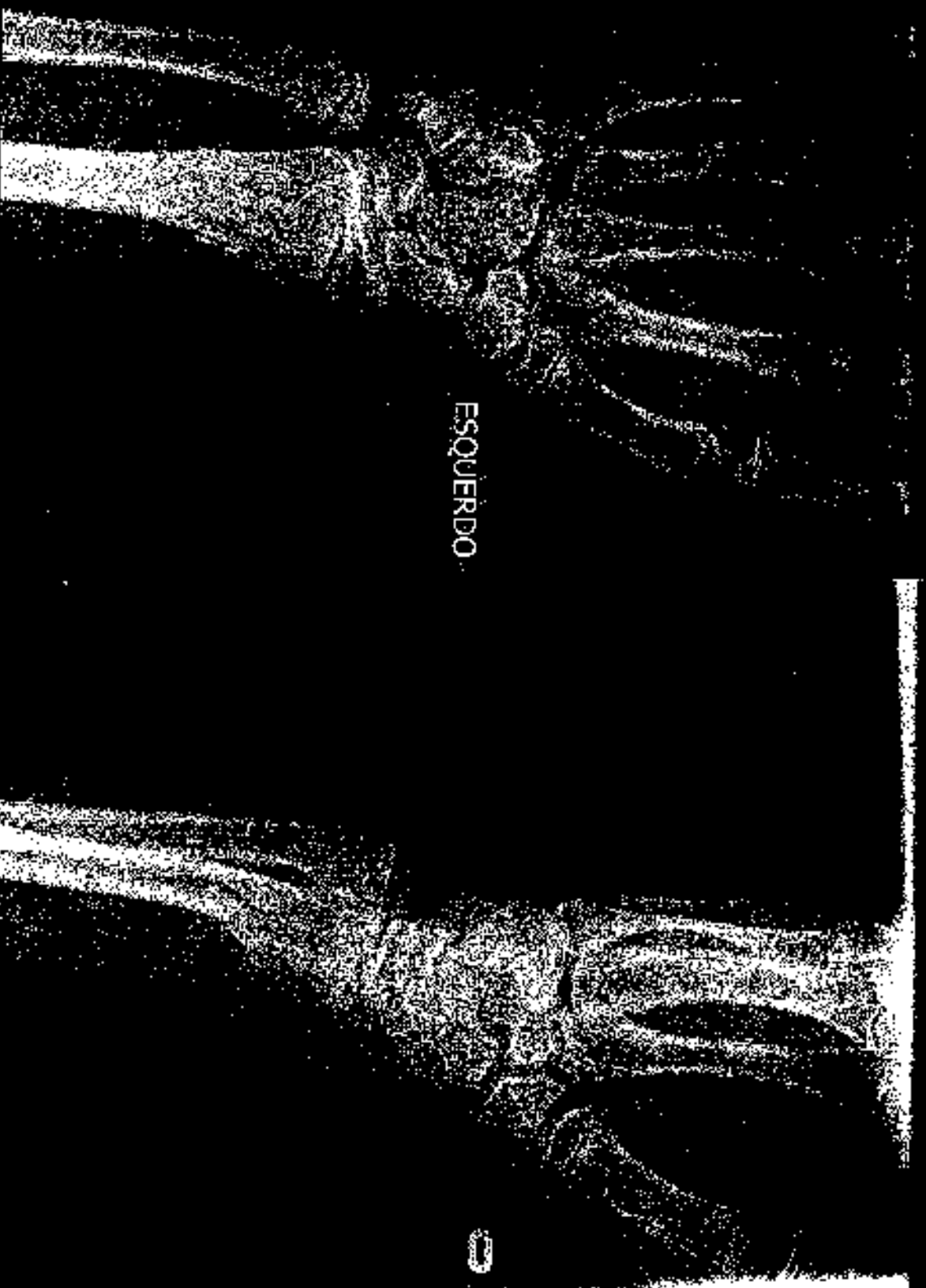
10/11/2018 OK, R. P. sem dor.

10/11/2018 OK, R. P. sem dor.



ÁREA DE SINISTROS - OPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019



ESQUERDO

D

RICK RICHARD KEVEN FREITAS RIBEIRO

12 anos | 17-02-2006

4-106

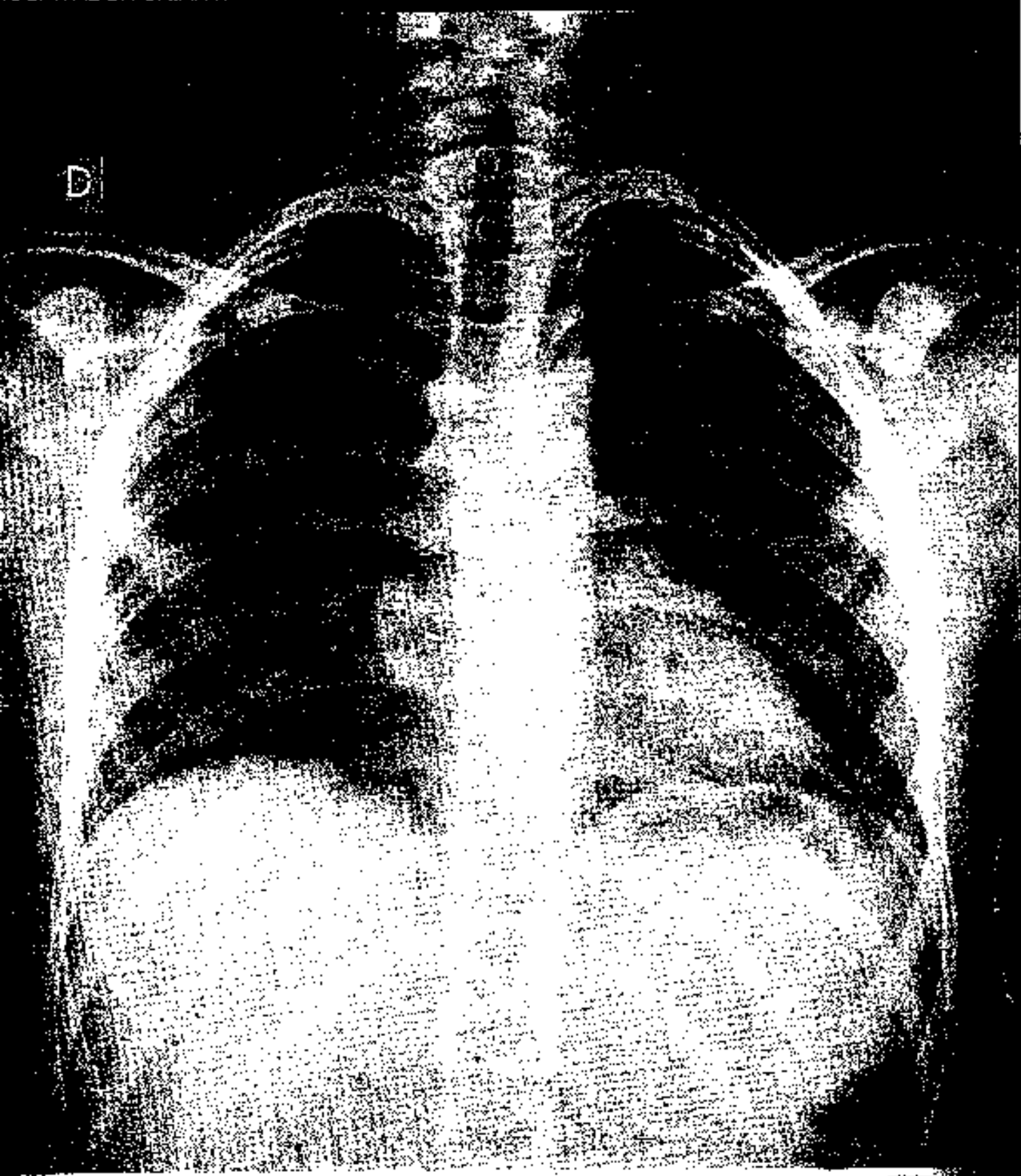
POLICLINICA COSME E SILVA

18-02-18 2006-06

DIREITO

...
CK RICHARD KEVEN FREITAS RILN III
ano(s) 17-02-2006

...
OLICLINICA COSME E SII VA



HOSPITAL DA CHIANCA SIVATO ANTONIO

2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526

1341 · 14th St. N.E. Albuquerque, N.M. 87102

Figure 1

JOSEPH ALBA CIRIACIA SANTO ANTONIO



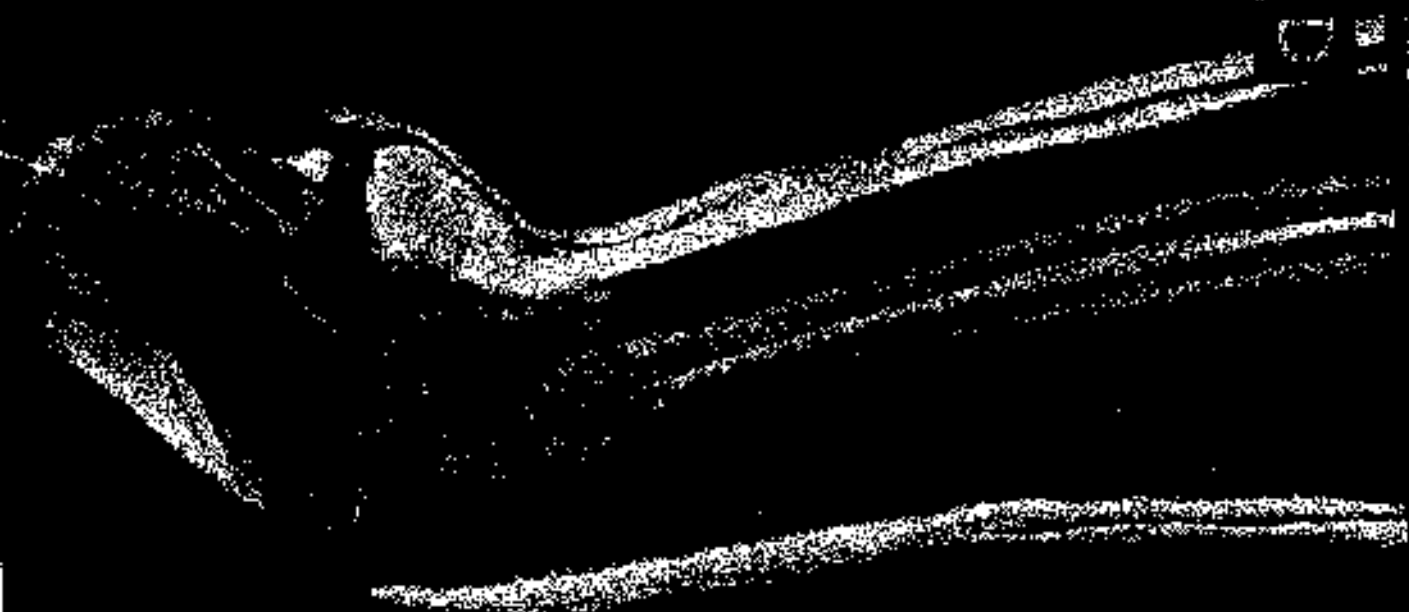
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

Proc. Inst. Elect. Eng.

10

5.3.3 Example 5.3.10, 5.3.11, 5.3.12

62


$$p_{\text{c}} = p_{\text{c}}^{\text{c}} = 0.05$$

3



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

Wagner Mendes Coelho

José Coelho de Souza Neto

Av. Ataide Teive, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 3625 5808
Boa Vista - Roraima

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazurto, 484 - Boa Vista - RR

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-99** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **5-V**, sob o Nº. **59824**, está Registrado o assento de **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**, do sexo **M**, nascido(a) no dia **dezessete de fevereiro de dois mil e seis às 02:44**, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista-RR, filho(a) de **FRANCISCO RIBEIRO DOS SANTOS** e **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**, avós paternos: **Francisco Jorge dos Santos** e **Maria dos Anjos Ramiro Ribeiro**, e avós maternos: **Julio Carlos de Freitas** e **Maria dos Santos Freitas**.

O registro foi efetuado no dia **18 de agosto de 2006**

Foi declarante: o pai

Observação: 1ª Via

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 18 de agosto de 2006

Oficial

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 273815 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/11/2007

NOME FRANCIALVA RIBEIRO DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO JORGE DOS SANTOS
MARIA DOS ANJOS RAMALHO RIBEIRO

NATURALIDADE SÃO GERALDO DO ARAQUAIA - PA DATA DE NASCIMENTO 06/02/1982

DOC ORIGEM CERTID. NASC 49.476-FLS 108-V LIV A-66
BOA VISTA - RR

CPF 811.163.652-00
2 VIX

Rita de Cássia Chaves de Araújo
Diretora do IDOC

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bazanta, 484 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ


Fotografia Direita

Francisca Ribeiro dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA /
 3142655 SSP RR

CPF
 792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
 08/03/1979

FILIAÇÃO
 JOSE DE SOUZA CORREA
 EVANGELINA LOBATO DA
 SILVA

PERMISSÃO
 []

AOC
 []

CAT. HAB.
 B

Nº REGISTRO
 94953412311

VALIDADE
 20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
 31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: *Denilze Correa Dantas*
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
 25/08/2014

59564648026
 RR207683212

Assinatura do Emissor: *Denilze Correa Dantas*
 Diretor - Presidente
 DETRAN RR
 ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR
 905314502

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 08 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bazerra, 444 - Boa Vista - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190417314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
RBEIRO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, MEMBROS SEM ALTERAÇÃO ANATÔMICA, SEM ALTERAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES E SEM COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA NOS DOIS ANTEBRAÇOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações: NÃO HÁ SEQUELA A SE INDENIZAR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00